

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

(ESAE/IPL)

Comprometimento Organizacional, Autocriticismo e
Autocompaixão em profissionais/cuidadores formais que
trabalham com pessoas com deficiência/doença mental

SANDRA CRISTINA PINHEIRO DA SILVA PIRES

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2014



Comprometimento Organizacional, Autocriticismo e
Autocompaixão em profissionais/cuidadores formais que
trabalham com pessoas com deficiência/doença mental

SANDRA CRISTINA PINHEIRO DA SILVA PIRES

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em

Psicologia Clínica

Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Mariana Marques

Coorientadora: Mestre Marta Gaspar

Coimbra, julho de 2014

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos são dirigidos primeiramente a todos os participantes neste estudo e depois, às instituições por autorizarem a aplicação dos protocolos aos seus colaboradores.

Um especial e sincero agradecimento à coorientadora Mestre Marta Gaspar, pela disponibilidade e apoio demonstrado durante este meu percurso. Um especial, profundo e sincero agradecimento à orientadora Doutora Mariana Marques pela paciência, apoio e disponibilidade demonstradas ao longo desta etapa.

A todos os meus colegas que compartilharam e viveram comigo este capítulo da minha vida. Aos meus filhos e restante família.

Para ti Pai.

Bem Haja a todos

RESUMO

Introdução: Alguns estudos internacionais e nacionais têm-se dedicado a estudar as características psicológicas de profissionais/cuidadores que trabalham na área da prestação de cuidados a pessoas com doença e deficiência mental. Porém, segundo temos conhecimento são escassos ou mesmo inexistentes os estudos que abordem os níveis de autocrítica, autocompaixão e comprometimento organizacional destes profissionais/cuidadores. Foram nossos objetivos: caracterizar uma amostra de cuidadores formais/profissionais que trabalham com pessoas com doença e deficiência mental em diferentes variáveis sociodemográficas e profissionais; analisar os níveis de autocrítica, autocompaixão e comprometimento organizacional destes cuidadores formais/profissionais, bem como explorar as associações entre todas estas variáveis (entre si e com as variáveis sociodemográficas e profissionais).

Metodologia: 55 cuidadores formais de pessoas com doença/deficiência mental (sexo feminino/ $n = 49$, 84,5%; idade média de 45,21; $DP = 10,92$; variação = 22-65) preencheram um questionário sociodemográfico, o Questionário de Comprometimento Organizacional, a Escala das Formas do Autocrítica e Autotranquilização e a Escala de Autocompaixão.

Resultados: O *Eu inadequado* apresentou um valor médio bastante maior que o *Eu detestado*. O valor médio do *Eu tranquilizador* foi superior a qualquer dimensão de autocrítica. O *Calor-Compreensão* (autocompaixão) apresentou o valor médio mais elevado e a *Autocrítica* o valor médio mais baixo. O *Eu inadequado* e *detestado* associaram-se positivamente às dimensões negativas de autocompaixão e o *Eu tranquilizador* às dimensões positivas de autocompaixão. O *Comprometimento Afetivo* associou-se positivamente ao *Autocrítica total*. O *Comprometimento Calculativo* associou-se positivamente ao *Eu detestado*, que foi seu preditor. O *Comprometimento Normativo* associou-se de forma positiva ao *Eu detestado*, *Autocrítica total* e idade negativamente ao *Mindfulness*. A idade foi o seu preditor. O *Comprometimento Afetivo* associou-se positivamente aos *meses de trabalho na instituição*, que foram seus preditores. Os cuidadores com um familiar com deficiência mental tiveram um valor mais baixo de *Eu inadequado*.

Discussão: No geral, esta amostra de cuidadores formais apresentou características psicológicas que nos tranquilizam quanto ao papel que desempenham junto de pessoas com doença/deficiência mental, mas as instituições devem sempre encontrar formas de estimular os níveis de comprometimento e autocompaixão dos seus profissionais.

Palavras-chave: deficiência mental; doença mental; autocrítica; autocompaixão; comprometimento organizacional; cuidadores formais; profissionais

ABSTRACT

Introduction: Some international and national studies have focused on studying the psychological characteristics of professionals/caregivers working with people with mental disease and intellectual disability. However, to our knowledge, the studies exploring levels of selfcriticism, self-compassion and organizational commitment in these professionals are scarce or even nonexistent. Our goals were to: characterize a sample of formal caregivers/professionals who work with people with mental illness and intellectual in different sociodemographic and professional variables; analyze the levels of *selfcriticism*, self-compassion and organizational commitment of these formal caregivers/professionals, as well as explore the associations between all these variables (with each other and with the sociodemographic and professional variables and professionals).

Methodology: 55 caregivers of people with mental disease/intelectual disability (female/ $n = 49$, 84.5%; mean age of 45,21; $DP = 10,92$; variation = 22-65) completed a sociodemographic questionnaire, the Organizational Commitment questionnaire, the Forms of Self Criticism Rating Scale and the Self- Compassion Scale.

Results: *Inadequate Self* had na higher mean value than the *Hated Self*. The mean value of the *Reassuring Self* was higher than any dimension of *selfcriticism*. *Self-Kindness* was the one with a higher mean value (of self-compassion) and *Self-Judgment* the one with the lowest mean value. The *Inadequate Self* and the *Hated Self* were positively associated with the negative dimensions of selfcompassion and the *Reassuring Self* with the positive dimensions of selfcompassion. The *Affective Commitment* was positively associated to *total selfcriticism*. The *Continuance Commitment* was associated with the *Hated Self* (positively), being its predictor. The *Normative Commitment* was positively associated to the *Hated Self*, *the total selfcriticism* and age and negatively to *Mindfulness*. Age was its predictor. The *Affective Commitment* was positively associated to *months of work at the institution*. This variable was its predictor. Professionals with a family member with intellectual disability had a lower value of *Inadequate Self*.

Discussion: In general, this sample of formal caregivers presented psychological characteristics that reassure us about the role that they have while working with people with mental disease/intelectual disability, but the institutions must always find ways of stimulating the commitment and selfcompassion levels of their professionals.

Key-words: intellectual disability; mental disease; selfcriticism; selfcompassion; Organizational commitment; formal carers; professionals.

INTRODUÇÃO

Sabe-se, atualmente, que as doenças/perturbações mentais/psiquiátricas são a causa principal de incapacidade e de morbilidade em todo o mundo (Patel, 2012). De facto, as doenças mentais são, por exemplo, na Europa, responsáveis por 26,6% da sobrecarga total associada à doença (World Health Organization, 2004). O *European Brain Council* refere que 27,4% da população europeia entre os 18 e os 65 anos sofre de pelo menos um problema de saúde mental (prevalência anual) (Wittchen e Jacobi, 2005). Esta percentagem sobe para 38,2% ao serem considerados dados relativos a crianças e adolescentes e de países incluídos recentemente na União Europeia (Wittchen, Jacobi, Rehm, Gustavsson, Svensson, Jönsson e Steinhausen, 2011). Em Portugal estima-se que 16,07% dos adultos (18-65 anos) tenha uma doença mental (Wittchen e Jacobi, 2005), embora ainda não tenham sido publicados dados sobre a real prevalência de doenças psiquiátricas no nosso país (Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães, Caldas-de-Almeida, 2013).

Igualmente, numa sociedade cada vez mais centralizada nas questões de cidadania e inclusão social de todas as pessoas, é o grupo de pessoas portadoras de deficiência a minoria mais numerosa e desfavorecida do mundo (Portal do cidadão com deficiência, 2013). Em Portugal, este grupo apresentava, em 2001, uma expressividade superior a 6,1% (Censos 2001, Instituto Nacional Estatística, 2002) e, do total da população de pessoas com deficiência, a deficiência mental referia-se, no nosso país, a 11,2% (INE, 2002). Ainda não são conhecidos os dados dos Censos 2011.

Segundo o DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association/APA*, 2002) “...cada perturbação mental é conceptualizada como uma “síndrome ou padrão comportamentais ou psicológicos clinicamente significativos que ocorrem num sujeito e que estão associados com ansiedade atual (por exemplo, um sintoma doloroso) ou incapacidade (por exemplo, incapacidade em uma ou mais áreas importantes de funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou perda importante de liberdade. A juntar a isto, este síndrome ou padrão deve ser não apenas uma resposta expectável e sancionável culturalmente a um acontecimento particular, por exemplo a morte de uma pessoa querida. Qualquer que seja a causa original, deve ser correntemente considerada como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no sujeito. Nem um comportamento desviante (por exemplo, político, religioso ou sexual) nem conflitos primários entre o sujeito e a sociedade são perturbações mentais a menos que o desvio ou conflito se transformem num sintoma de uma disfunção do sujeito,

como se descreve acima” (DSM-IV-TR, p. XXXI, 2002). Segundo Foucault (2011), a doença mental caracteriza-se por um mau funcionamento das atividades psíquicas, podendo ser influenciada, de alguma maneira, pelo meio em que o sujeito se insere, bem como pelas circunstâncias emocional e/ou social nas quais se encontra envolvido. Assim, a doença mental abrange todo um espectro de perturbações que afetam o funcionamento emocional, social e intelectual e pode surgir de forma aguda ou manifestar-se de forma crónica ou intermitente (Foucault, 2011).

Já a deficiência mental, grupo específico de doença/perturbação mental nos manuais de diagnóstico, como o DSM-IV-TR (APA, 2002) e a Classificação Internacional das Doenças (ICD-10, WHO, 1992) refere-se às situações em que as pessoas possuam um quociente de inteligência (QI) abaixo de 70, cujos sintomas tenham aparecido antes dos 18 anos e com concomitante insuficiência do funcionamento adaptativo em pelo menos duas das áreas seguintes: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrolo, competências académicas funcionais, trabalho, tempos livres, saúde e segurança. A deficiência mental pode ser causada tanto por infeções biológicas como orgânicas, como também por causas sociais e/ou psicológicas complexas. É também comum a deficiência mental possuir multiplicidade causal (etiologias diferentes), não sendo possível apontar na maioria das vezes, as causas específicas, com a deficiência mental a ser considerada a via final comum de vários processos patológicos que afetam o funcionamento do sistema nervoso (APA, 2002). O sistema de classificação da Associação Americana para a Deficiência Mental (AAMR- *American Association on Mental Retardation*; Luckasson, Borthwick-Duffy, Buntix, Coulter, Craig e Reeve...Tassé, 2002), na sua décima versão, inclui os mesmos três critérios, i. é., funcionamento intelectual significativamente inferior à média, limitações nas tarefas adaptativas e início antes dos 18 anos. Na classificação da AAMR, o critério de funcionamento intelectual significativamente abaixo da média refere-se a uma pontuação típica de aproximadamente 70-75 ou inferior (que tem em conta o potencial erro de cinco pontos acima ou abaixo na avaliação do quociente intelectual). Se o DSM-IV-TR especifica graus de gravidade, o sistema de classificação da AAMR refere padrões e intensidade de apoios necessários (intermitente, limitada, extensiva e persistente) não diretamente comparáveis com os graus de gravidade do DSM-IV-TR (Luckasson, Borthwick-Duffy, Buntix, Coulter, Craig e Reeve...Tassé, 2002).

Os indivíduos com doença mental e deficiência mental requerem cuidados especiais e específicos, exigindo um esforço suplementar e envolvimento por parte dos seus cuidadores, tendo os técnicos das instituições, para além dos familiares, um papel fundamental na vida destes, ao nível pessoal, familiar, laboral e social (Caçote, 2013). Para cuidar de pessoas com estes quadros, os cuidadores (sejam de que natureza forem) devem estar dispostos a ouvir, procurar promover a autonomia e independência das mesmas, o que nem sempre se traduz numa tarefa fácil, sendo que, por vezes, esta situação produz uma elevada sobrecarga.

Importa, neste momento, distinguir os cuidadores informais dos cuidadores formais. Os cuidadores informais são todos aqueles que integram a rede social do doente/deficiente (pais, irmãos, avós, tios, amigos, vizinhos entre outros), prestando com alguma regularidade cuidados, sem qualquer tipo de remuneração e sem formação específica, existindo um forte vínculo informal marcado pela emoção e afeto, com influência religiosa e civil, sendo principalmente exercida pelas mães e esposas. Alguns autores verificaram que as crenças religiosas num ser superior, a fé, espiritualidade e práticas religiosas são estratégias eficazes para minimizar a sobrecarga, a angústia, o stress e a depressão resultantes de todo o processo de cuidar (Masuchi e Rocha 2012). Historicamente o papel de cuidador foi atribuído às mulheres, uma vez que o espaço domiciliar foi destinado social e culturalmente às mesmas. O ambiente familiar é considerado como o melhor espaço de cuidado, pois impede a segregação, o isolamento, a depressão e a falta de carinho (Mazza e Lefèvre, 2004). A maioria dos cuidadores afirma não pensar na realidade, não se preocuparem antecipadamente, procurando adotar uma atitude maternal e não colocar limites, além de vivenciarem a atividade com sentimentos de compaixão. A complexidade de cuidar no domicílio está relacionada com o quadro clínico, a capacidade de realizar o auto cuidado, a autonomia, a condição emocional e a auto estima da pessoa que está sendo cuidada e do cuidador (Mendonça 1998, cit in Masuchi e Rocha, 2012). Já os cuidadores formais são todos os indivíduos prestadores de cuidados remunerados (profissionais), com formação e conhecimentos na área, com vínculo formal a uma entidade reconhecida e legalizada.

O ato de cuidar de doentes/deficientes mentais, por parte de cuidadores formais/profissionais sendo especializado e exercido, muitas vezes, durante vários anos, conduz a um esforço e envolvimento suplementar por parte do cuidador (Vicente, 2012). Quando a responsabilidade depositada no cuidador é alta, tal poderá provocar alterações no sono, memória, concentração, disposição e controlo emocional (Mendonça, 1998, cit. in Masuchi e Rocha, 2012). Para Mendonça (1998, cit. in Masuchi e Rocha, 2012) a sobrecarga

associada às tarefas do cuidador conduz à vivência de momentos de sofrimento, o que acaba por deixar os profissionais/cuidadores em situações de vulnerabilidade, necessitando de apoio físico e emocional. No caso dos cuidadores profissionais/formais, esta sobrecarga é muitas vezes devida aos obstáculos com os quais as pessoas com doença mental e deficiência mental muitas vezes se deparam durante o processo de (re)inserção social e laboral mas também ao contacto emocional contínuo e intenso com estes utentes com necessidades muito particulares o que, em excesso, poderá produzir níveis de frustração e stress elevados, podendo interferir negativamente nas suas vidas e afetar a qualidade de vida de quem cuida (e de quem é cuidado) (Gil-Monte, 2004). Quando os profissionais não dispõem de recursos para lidar com as “situações problema”, tal poderá acarretar repercussões na autoestima, gerar stress e conduzir a prejuízo da qualidade de vida, o que pode ter consequências preocupantes para a instituição, para o profissional/cuidador formal e utente (em situações extremas, ao nível da sua saúde física e mental) (Martins, Pais-Ribeiro e Garret, 2003). É redutor pensar que a tarefa de cuidar de pessoas dependentes se limita à satisfação das atividades de vida diária, como cuidados com a alimentação, higiene, mobilidade e eliminação, facilmente mensuráveis. Cuidar de alguém implica muito mais do que as tarefas observáveis pois requer um esforço contínuo ao nível cognitivo, físico e emocional, muitas vezes não reconhecido e que, por vezes, constitui um “fardo pesado” chegando mesmo a levar o cuidador à doença (Masuchi e Rocha, 2012).

Autocrítica, autocompaixão e comprometimento organizacional em cuidadores formais/profissionais

É comum à condição humana sermos autocríticos e punitivos. O autocrítica é uma forma de autocondenação e autoavaliação negativa dirigida a vários aspetos do *eu* (como a aparência, atributos físicos, comportamentos, pensamentos, emoções e características), (Gilbert, 2000a, 2007). Prediz futuros problemas psicológicos e dificuldades interpessoais visto que as pessoas autocríticas sentem-se, frequentemente, controlados e derrotados pelos seus pensamentos autocríticos (Zuroff et al., 1994; Zuroff, Moskowitz, e Cote, 1999). O autocrítica funciona, então, como uma relação social interna do *eu* com o *eu*, em que uma parte descobre falhas e defeitos, recrimina e condena e se detesta eventualmente (Gilbert, 1989, 2000a; Gilbert e Irons, 2005). Em síntese, o autocrítica representa uma relação interna agressiva-dominante que ativa o sistema de processamento defesa-ameaça (Gilbert, 1989, 2000a, 2000b; Gilbert e Irons, 2004). Da pesquisa realizada, não parecem existir

estudos que foquem especificamente o autocrítica (seus níveis e seu impacto) em profissionais que trabalham com pessoas com doença/deficiência mental.

A autocompaixão implica uma atitude positiva para com o *eu* que protege contra o impacto do autocrítica (Gilbert, 2005a; 2005b). A autocompaixão envolve possuir abertura ao sofrimento dos outros, anseio de o ajudar a diminuir o sofrimento, possuir tolerância para oferecer aos outros, paciência, bondade e uma atitude não crítica. Passa por reconhecer que todos os seres humanos são imperfeitos e cometem erros. Assim sendo, a autocompaixão implica aceitar o próprio sofrimento, experienciando sentimentos de calor, cuidado e compreensão para com o “eu”, numa atitude de observação curiosa e de compreensão não avaliativa em relação aos nossos erros e inadequações, encarando todas as nossas experiências como fazendo parte duma experiência humana normal (Neff, 2003). A autocompaixão distingue-se da autopena ou comiseração pelo *eu*, porque quando as pessoas sentem pena de si próprias, envolvem-se totalmente nos seus problemas esquecendo que os outros experimentam as mesmas ou piores dificuldades (Goldstein e Kornfield, 1987). Uma atitude compassiva para com o *eu* implica uma perspectiva mental equilibrada, um estado de mente aberto, recetivo e não avaliativo em que observamos os nossos pensamentos e sentimentos tal como aparecem na corrente da consciência sem tentar modificá-los, eliminá-los ou evitá-los (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, e Lillis, 2006; Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby e Lau, 2000).

Como Gilbert (2005) refere a capacidade de ser compassivo com o outro é fundamental em várias profissões que envolvam trabalho clínico. Hannigan, Edwards, e Burnard (2004) refere, inclusive, que o trabalho com pessoas com problemas mentais pode gerar, igualmente, sofrimento nos clínicos, pelo que para além da importância de programas que focam a compaixão com o próprio e com o outro, focados em pessoas com problemas de saúde (física e/ou mental), cada vez mais autores se focam na relevância destes programas para profissionais que prestam cuidados (Moore, 2008; Shapiro, Astin, Bishop e Cordova, 2005). A compaixão com o próprio e com o outro parece ser fundamental no criar da relação com as pessoas que são acompanhadas (Bennett-Levy 2005; Elliott et al. 2011). Para além disso, reconhece-se que a presença de compaixão pelos outros pode ser protetora contra o *burnout* (Klimecki e Singer, 2011, cit. in Boellinghaus, Jones e Hutton, 2012), uma vez que apesar do profissional empatizar com o sofrimento da outra pessoa, não se identifica com o mesmo e pode assim, “conter” os seus sentimentos negativos. Quando se está na presença da “fadiga da compaixão” (ou fadiga do sofrimento empático), pelo contrário, tal conduz o

profissional a sofrimento pessoal o que, a longo prazo, vai afetar a sua capacidade de fornecer cuidados. Dos poucos programas que aplicaram o *mindfulness* (definido enquanto uma consciência momento a momento, sem julgar) (Kabat-Zinn, 1990) em profissionais de saúde, com vista a avaliar o seu impacto ao nível da compaixão, entre outros *outcomes*/resultados, a maioria focou-se em psicólogos (e.g. Moore 2008; Rimes e Wingrove, 2011), embora alguns se foquem em enfermeiros e médicos (Krasner, Epstein, Beckman, Suchman, Chapman, Mooney e Quill, 2009; Shapiro, Astin, Bishop e Cordova, 2005). Pelo menos um focou-se em pessoal hospitalar, nomeadamente aquele que presta diretamente cuidados. A maioria dos estudos mostra que a realização dos programas aumentou os níveis de compaixão dos profissionais (Boellinghaus, Jones e Hutton, 2012), o que aponta, então, para a importância, no geral, de os cuidadores formais/profissionais na área da saúde mental (como os que prestam cuidados a pessoas com doença/deficiência mental) desenvolverem uma atitude compassiva, eventualmente, através de um treino de meditação compassiva.

O comprometimento organizacional é definido como “estado psicológico determinado simultaneamente por três componentes que vão assumir intensidades e através do qual se caracteriza a relação do empregado com a organização e tem implicações na decisão de continuar na organização” (p.67) (Meyer e Allen, 1991). As três componentes de que os autores falam são: *compromisso afetivo* - ligação emocional do trabalhador, identificação com e envolvimento na organização (o trabalhador permanece na organização porque quer); *compromisso calculativo* - compromisso baseado nos custos que o profissional associa ao facto de poder deixar a instituição (o trabalhador permanece na organização porque precisa); *compromisso normativo* refere-se aos sentimentos de obrigação e moral de permanecer na organização (o trabalhador permanece na organização porque o “deve fazer”) (Allen e Meyer, 1990). Diferentes variáveis influenciam estes três componentes: traços pessoais, características (como a idade), cargo na organização e outros que, por sua vez, vão ter impacto na satisfação e motivação profissional, absentismo, entre outros (Meyer e Van den Berghe, 2004; Kristof-Brown, Zimmerman e Johnson, 2005).

Mais uma vez, segundo temos conhecimento não existem estudos que, especificamente, foquem, pelo menos no nosso país, o comprometimento organizacional em cuidadores formais de pessoas com doença/deficiência mental. Os estudos nacionais e internacionais que existem focam sobretudo cuidadores formais de idosos, sendo os profissionais mais estudados, os de enfermagem. Assim, apresentaremos dados mais gerais sobre as variáveis que se associam a este constructo. Alguns estudos mostram que os homens

apresentam níveis maiores de comprometimento (e.g. Savery e Syme, 1996) do que as mulheres; outros não encontraram diferenças ou verificaram que são as mulheres a revelar maior comprometimento organizacional (Dixon-Woods, Bonas, Booth, Jones, Young e Sutton, 2005; Marchiori e Henkin (2004). Alguns estudos mostram, também, que a idade relaciona-se com o compromisso, porque os trabalhadores mais velhos apresentam maior satisfação com as organizações e têm um cargo profissional maior (Allen e Meyer, 1990). Já a formação tende a estar negativamente associada com o compromisso organizacional, nomeadamente o normativo (Iverson e Buttigieg, 1999). Vários estudos sobre o comprometimento organizacional mostram, ainda, a sua importância para a intenção ou não de deixar a organização (e.g. Aryee, 1991; Lee, Scragg e Turner, 2001). O estudo de Sikorska-Simmons (2005), em profissionais de diferentes instituições (não necessariamente cuidadores formais) revelou que os profissionais com mais formação eram os que relatavam níveis mais elevados de comprometimento organizacional. Já o estudo de Mrayyan e Al-Faouri (2008) mostrou que o comprometimento dos profissionais de enfermagem em unidades de cuidados intensivos aumentava o desempenho profissional e estava associado a novas oportunidades de desenvolvimento profissional. Num estudo com enfermeiras e auxiliares médicos (contexto hospitalar), o tipo de contacto estabelecido (desagradável) com outros profissionais da instituição (supervisores ou colegas) associou-se à vivência de *burnout* que conduziu a menor comprometimento organizacional (Leiter e Maslach, 1988).

Objetivos

Atendendo ao que foi exposto são nossos objetivos: 1) caracterizar uma amostra de cuidadores formais/profissionais de diferentes instituições que recebem pessoas com doença e deficiência mental em diferentes variáveis sociodemográficas e profissionais; 2) analisar os níveis de autocrítica, autocompaixão e comprometimento organizacional dos cuidadores formais/profissionais da nossa amostra; 3) explorar associações entre o autocrítica, a autocompaixão e o comprometimento organizacional (entre si e com as variáveis sociodemográficas e profissionais) nesta amostra.

2. Metodologia

2.1. Procedimentos

Para a realização da presente investigação foi definido o protocolo composto por um questionário sociodemográfico (construído especificamente para este estudo), o Questionário

de Comprometimento Organizacional, a Escala das Formas do Autocrítica e Autotranquilização e a Escala de Autocompaixão (Apêndice A, Anexo 1, 2 e 3). Posteriormente, foram solicitadas as autorizações para utilizar os instrumentos aos seus autores (Apêndice), assim como enviados os pedidos de autorização para aplicação do protocolo a diferentes instituições (Apêndice). A amostra recolhida é não probabilística, de conveniência. Os participantes (cuidadores formais/profissionais de diferentes instituições) foram informados dos objetivos do presente estudo e antes de preencherem o protocolo cederam o seu consentimento informado (Apêndice) por escrito. Foi garantido o anonimato, privacidade e confidencialidade da informação recolhida. A recolha de dados foi realizada ao longo de três meses (Janeiro, Fevereiro e Março 2014). Foram contatadas cinco instituições. Duas recusaram participar por acharem não ser oportuna a aplicação do protocolo. A recolha foi efetuada da seguinte forma: foram entregues protocolos a uma pessoa responsável de cada instituição, a qual se responsabilizou por distribuir um exemplar a cada profissional/cuidador formal. Foram deixadas duas caixas seladas e identificadas em locais estratégicos, para que os profissionais/cuidadores pudessem deixar o consentimento informado (numa caixa) e o protocolo (noutra caixa). As caixas foram posteriormente recolhidas e abertas num contexto isolado e privado para inserção dos dados numa base de dados.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário sociodemográfico (Apêndice)

Com o intuito de proceder à caracterização da amostra recolhida, foi elaborado um questionário sociodemográfico. As questões avaliavam: sexo, idade, grau de escolaridade, profissão, número de anos que trabalha para a mesma instituição, horas diárias de trabalho na instituição; se ao longo do percurso profissional recebeu formação na área da deficiência/doença mental e se tem algum familiar que padeça de deficiência/doença mental.

2.2.2. Questionário de Comprometimento Organizacional (QCO, Meyer e Allen, 1997)

O QCO de Meyer e Allen (1997) é um instrumento multidimensional que integra o *comprometimento afetivo*, *calculativo* e *normativo*. É composto por dezanove itens, com valores mais altos que correspondem a níveis mais elevados de comprometimento organizacional. Os itens obedecem à seguinte distribuição: *Comprometimento afetivo* com seis itens (2,6,7,9,11 e 15); *Comprometimento calculativo* com sete itens (1,3,13,14,16,17 e 19); *Comprometimento normativo* com seis itens (4,5,8,10,12 e 18).

Quatro dos itens são formulados de forma negativa (2,5,7 e 15), sendo necessário invertê-los aquando da sua cotação. Os itens são respondidos através de uma escala tipo Likert, de sete (7) pontos: 1/*discordo totalmente*; 2/*discordo moderadamente*; 3/*discordo ligeiramente*; 4/*não concordo, nem discordo*; 5/*concordo ligeiramente*; 6/*concordo moderadamente*; 7/*concordo totalmente* (Meyer e Allen, 1997; Nascimento et al., 2008).

Meyer e colaboradores (2002) obtiveram um coeficiente alfa de Cronbach de 0,82 para a subescala de *comprometimento afetivo*, 0,73 para a subescala de *comprometimento normativo* e 0,76 para a subescala de *comprometimento calculativo*. No nosso estudo obtiveram-se resultados de consistência interna no alfa de Cronbach de 0,820 para o *comprometimento afetivo* (bom, segundo Pestana e Gageiro, 2008), 0,782 para o *comprometimento normativo* e 0,701 para o *comprometimento calculativo* (valores bons segundo Pestana e Gageiro, 2008).

2.2.3 Escala das Formas do Autocrítica e Autotranquilização (FSCRS; Gilbert et al., 2004; Castilho, 2011; Castilho e Pinto Gouveia, 2011)

A FSCRS foi desenvolvida com objetivo de avaliar de que forma as pessoas se relacionam consigo próprias, se autocríticam ou autotranquilizam, face a situações de fracasso, falhas e ineficácia pessoal. É uma medida de autorrelato composta por vinte e dois itens, divididos por três subescalas: *Eu inadequado* com nove itens (1,2,4,7,14,17,18 e 20), que avaliam as sensações de inadequação e de inferioridade do *eu* perante o fracasso, obstáculos e/ou erros; *Eu detestado* com cinco itens (9,10,12,15 e 22), que avaliam uma resposta mais destrutiva, baseada em sentimentos aversivos, num desejo agressivo e persecutório ao *eu*; *Eu tranquilizador* com oito itens (3,5,8,11,13,16,19 e 21), que remetem para um comportamento mais positivo e caloroso, de conforto, compaixão e de tranquilização pelo *eu*, face ao erro/falha. Os itens desta última dimensão são tratados de forma invertida. São respondidos numa escala tipo Likert, de cinco pontos: 0/*não sou assim*; 1/*sou um pouco assim*; 2/*sou moderadamente assim*; 3/*sou bastante assim*; 4/*sou extremamente assim*. O resultado total do autocrítica é obtido pela soma das pontuações das subescalas *eu inadequado* e *eu detestado*, sendo que o resultado destas subescalas indica a forma de autocrítica mais utilizada pelo sujeito.

A versão original da FSCRS demonstrou uma boa consistência interna, com coeficientes alfa de Cronbach de 0,89 na dimensão *eu inadequado*, 0,72 na dimensão *eu detestado* e 0,87 na dimensão *eu tranquilizador*. Os estudos de validação portugueses, numa

amostra não clínica, obtiveram valores de consistência idênticos, confirmando a validade do modelo multidimensional, sendo a FSCRS um instrumento válido para utilização na prática clínica ou em investigação.

No nosso estudo obteve-se um valor de alfa de Cronbach de 0,801 para o autocrítica total (eu inadequado e eu detestado) (bom, segundo Pestana e Gageiro, 2008), de 0,821 para o eu inadequado (bom, segundo Pestana e Gageiro, 2008), de 0,806 para o eu tranquilizador (bom, segundo Pestana e Gageiro, 2008) e de 0,780 (razoável, segundo Pestana e Gageiro, 2008).

2.2.4. Escala de Autocompaixão (*Self - Compassion Scale* /SELFCS; Neff, 2003; Castilho e Gouveia, 2011).

A SELFCS é a medida de autorrelato mais utilizada para avaliar a autocompaixão. Constituída por 26 itens, visa avaliar os três componentes básicos da autocompaixão: o Calor/compreensão: a capacidade para ser amável e compreensível para consigo próprio, em vez de ser demasiado crítico e punitivo; a condição humana: entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior; e o *Mindfulness*: uma consciência equilibrada e aceitação dos próprios sentimentos e sentimentos dolorosos, sem uma excessiva sobreidentificação com os mesmos (Castilho e Gouveia, 2011).

Os itens estão agrupados em seis subescalas: *Calor/Compreensão* (5 itens: 5,12,19,23 e 26) (e.g., “Tento ser compreensivo e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade e que não gosto”), *Autocrítica* (5 itens: 1,8, 11,16 e 21) (e.g., “Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”), *Condição Humana* (4 itens: 3,7,10 e 15) (e.g., “Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana”), *Isolamento* (4 itens: 4,13, 18 e 25) (“Quando penso acerca de inadequações e defeitos, sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo”), *Mindfulness* (4 itens: 9,14,17 e 22) (e.g., “Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação”) e *Sobreidentificação* (4 itens: 2,6, 20 e 24) (e.g., “Quando me sinto em baixo tendo a ficar obcecado com tudo aquilo que está errado”). Cada item é cotado numa escala tipo Likert de 5 pontos (1/*Quase nunca*; 2/*Raramente*; 3/*Algumas vezes*; 4/*Muitas vezes*; 5/*Quase sempre*). A cotação total é obtida através do somatório da pontuação de todos os itens, além de que o instrumento permite também a obtenção de resultados parciais (pontuação média de cada subescala). Pontuações mais elevadas significam mais autocompaixão. Os itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25 devem ser recodificados para se aceder à pontuação total

(Castilho e Gouveia, 2011). Os componentes positivos (calor, condição humana e *mindfulness*) não são mutuamente exclusivos dos componentes negativos (autocrítica e sobreidentificação). Ter um nível baixo num destes polos não significa ter pontuações elevadas no outro polo. Podemos não ter tendência para nos autojulgar em determinadas situações ou circunstâncias, mas isso não garante que sejamos calorosos e tolerantes connosco próprios. Igualmente, podemos raramente sentir que a nossa experiência negativa é única e isolada, e isso não nos ajuda a colocar os nossos erros e fracassos como algo comum e inerente à espécie humana. No mesmo sentido, é possível não existir sobreidentificação ou escape de pensamentos e emoções negativas e dolorosas, sem isso significar aceitação e observação consciente da experiência como ela é, no momento presente (*mindfulness*) (talvez por ser ignorada, negada ou reprimida) (Castilho e Gouveia, 2011).

A escala apresenta uma boa consistência interna para o total (0,92), boa estabilidade temporal e validade de construto. Assim, a SELFCS na sua versão original possui boas qualidades psicométricas (Castilho, 2011).

No nosso estudo obtiveram-se valores de alfa de Cronbach de 0,597 para a *Autocrítica* e de 0,560 para a *Sobreidentificação* (inaceitáveis, segundo Pestana e Gageiro, 2008), de 0,648 para a *Condição Humana* (fraco, segundo Pestana e Gageiro, 2008), de 0,752 para o *Isolamento* (aceitável, segundo Pestana e Gageiro, 2008), de 0,582 para o *Calor-Compreensão* e de 0,674 (fraco, segundo Pestana e Gageiro, 2008) para a escala *Mindfulness*.

2.3. Análise estatística

Para a realização da análise estatística recorreu-se ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. Calculamos estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão. Para averiguar a normalidade da distribuição de todas as variáveis realizou-se o teste da normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Verificou-se que as variáveis *Comprometimento Normativo*, *Comprometimento Calculativo*, *Eu inadequado*, *Eu tranquilizador*, *Autocrítica total*, *Autocrítica*, *Calor-Compreensão*, *Condição Humana* e *Mindfulness* apresentavam uma distribuição normal. As dimensões *Eu detestado*, *Comprometimento Afetivo* e *Sobreidentificação* não apresentavam distribuição normal. Apesar destas três variáveis não apresentarem normalidade, optamos pelas estatísticas paramétricas, uma vez que a o nosso n era superior a 30.

Através do cálculo de coeficientes de correlação de Pearson exploraram-se associações entre as dimensões do QCO, da SELFCS e da FSCRS e entre estas dimensões e

as variáveis sociodemográficas e profissionais (idade, horas de trabalho diárias e tempo em que trabalha na instituição). Na avaliação da magnitude das correlações seguiu-se os critérios de Cohen (1992, cit in Pallant, 2011): 0,10 (baixa); 0,30 (moderada); e 0,50 (elevada).

Através de testes *t de Student* exploraram-se diferenças nestas variáveis em função de variáveis qualitativas dicotômicas (formação em deficiência mental; formação em doença mental; ter ou não familiar com deficiência mental; ter ou não familiar com doença mental).

Depois de exploradas as associações, realizaram-se análises preditivas para verificar quais as variáveis preditoras das dimensões de comprometimento organizacional. Tivemos em considerações as suposições essenciais para realizar estas análises: tamanho da amostra, presença de multicolinearidade, homocedasticidade, presença de valores extremos e independência dos resíduos (Pallant, 2011). Quanto ao tamanho da amostra, atendemos à fórmula de Tabachnick e Fidell ($N > 50 + 8m$; onde m corresponde ao número de variáveis independentes; cit. in Pallant, p. 150, 2011). Para verificar se existia multicolinearidade entre as variáveis independentes, analisamos as intercorrelações entre as variáveis (se correlação $>0,50$ entre variáveis preditoras - dois ou mais preditores contêm muita da mesma informação, na matriz de correlações - tal implica a exclusão de uma das variáveis (Leech et al., 2005). Verificamos os Fatores de Inflação da Variância (VIF) que não podem ser > 10 , para assegurar a ausência de multicolinearidade (Pallant, 2011). Procedeu-se à análise de independência dos resíduos: o teste de Durbin-Watson deve aproximar-se de 2 para não existir autocorrelação entre os resíduos (Pallant, 2011). Verificamos se existiam valores extremos, analisando se existiam casos com $Z_{residual} \geq 2,5$ ou $\leq -2,5$ (Pallant, 2011).

2.4. Amostra

Na Tabela 1 apresentamos as variáveis sociodemográficas. A maioria dos cuidadores era do sexo feminino ($n = 49$, 84,5%), tinha a Licenciatura ($n = 57$, 34,5%) e era monitor ($n = 57$, 27,6%), logo seguidos dos técnicos ($n = 57$, 17,2%). Verificou-se que relativamente à formação em deficiência a maioria dos cuidadores formais/profissionais possuía-a ($n = 58$, 86,2%), assim como a maioria também possuía formação em doença ($n = 57$, 65,5%).

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra: sexo, escolaridade e profissão

<i>Variáveis sociodemográficas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo		
Masculino	6	10,3
Feminino	49	84,5
Total	55	94,8
Não respondeu	3	5,2
Total	58	100,0
Escolaridade		
	<i>n</i>	<i>%</i>
1º ciclo	3	5,2
2º ciclo	3	5,2
3º ciclo	6	10,3
Ensino secundário	19	32,8
Licenciatura	20	34,5
Mestrado	2	3,4
Ensino secundário de RVCC	1	1,7
Pós-graduação	1	1,7
Curso profissional	1	1,7
Ensino secundário + CET`S	1	1,7
Total	57	98,3
Não respondeu	1	1,7
Total	58	100,0
Profissão		
	<i>n</i>	<i>%</i>
Assistente social	3	5,2
Psicólogo/a	3	5,2
Terapeuta ocupacional	3	1,7
Fisioterapeuta	1	1,7
Formador/a	1	5,2
Professor/a	3	3,4
Monitor/a/Auxiliar a)	6	36,2
Ajudante de ação direta (Lar)	16	6,9
Administrativo	5	6,9
Monitor/a mais formador/a	4	3,4
Técnico b)	2	17,2
Professor/a de educação especial	10	1,7
Monitor/a + terapeuta de massagem	1	1,7
Motorista	1	1,7
Total	57	98,3
Não respondeu	1	1,7
Total	58	100,0
Formação em deficiência mental		
Não	8	13,8
Sim	50	86,2
Total	58	100,0
Formação em doença mental		
Não	19	32,8
Sim	38	65,5
Total	57	98,3
Não respondeu	1	1,7
Total	58	100,0

n = número de sujeitos; RVCC = Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências; a) Monitor/Auxiliar = apoio nas atividades de vida diárias, fornecido por profissional sem formação técnica; b) Técnico = apoio nas atividades de vida diárias fornecido por profissional com formação técnica

Na Tabela 2 apresentamos as médias e desvios-padrão das variáveis idade, anos de trabalho na instituição e horas de trabalho diário na instituição. Verificou-se uma média de idades de 45,21 anos, com variação entre os 22 e os 65 anos. A média de meses de trabalho na instituição foi de 181,44 meses (quinze anos) variando entre um mês e 420 meses (trinta e cinco anos). Quanto às horas de trabalho na instituição verificou-se uma média de 6,88 horas de trabalho diário, que variou entre duas horas e nove horas.

Tabela 2

Variáveis sociodemográficas: idade, anos em que trabalha na instituição e horas diárias de trabalho

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	45,21	10,92
Meses de trabalho na instituição	181,44	112,33
Horas diárias de trabalho na instituição	6,88	1,33

M = média ; DP = desvio padrão

Na Tabela 3 apresentamos as médias e desvios-padrão das dimensões da FSCRS, SELFCS e QCO. A dimensão *Eu inadequado* ($M = 11,19$; $DP = 5,97$) teve um valor médio bastante mais elevado do que o *Eu detestado* ($M = 1,87$; $DP = 1,84$). A dimensão *Calor-Compreensão* foi a dimensão da SELFCS que teve valor médio mais elevado ($M = 15,84$; $DP = 2,96$) e a *Autocrítica* foi a que teve o valor médio mais baixo ($M = 13,02$; $DP = 2,90$).

Tabela 3

Médias e desvios-padrão das dimensões do FSCRS, da SELFCS e do QCO

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Variação</i>	<i>Variação teórica</i>
FSCRS				
Eu inadequado	11,19	5,97	1-26	0-36
Eu detestado	1,87	1,84	0-7	0-20
Autocriticismo total	13,06	6,98	1-28	14-70
Eu tranquilizador	20,41	5,63	8-32	8-40
SELFCS				
Calor- Compreensão	15,84	2,96	10-25	5-25
Autocrítica	13,02	2,90	6-19	5-25
Condição humana	13,25	2,71	7-20	4-20
Isolamento	13,84	2,87	8-20	4-20
<i>Mindfulness</i>	14,08	2,44	8-19	4-20
Sobreidentificação	13,32	2,38	9-20	4-20
QCO				
Afetivo	36,31	6,66	18-42	6-42
Calculativo	33,03	8,12	14-47	7-49
Normativo	30,68	7,45	12-42	6-42

M = média; DP = desvio-padrão; QCO = Questionário de Comprometimento Organizacional; FSCRS = *The Forms of Self Criticism/Reassuring Scale*; SELFCS = *Self-Compassion Scale*

3. Resultados

Na Tabela 4 apresentam-se as associações entre as dimensões do autocrítica e da autocompaixão. O *Eu inadequado* mostrou-se associado, de forma estatisticamente significativa, à *Autocrítica* (de forma positiva, com magnitude grande), à *Sobreidentificação* (de forma positiva, com magnitude grande). Esta dimensão não se mostrou associada à *Condição Humana* nem ao *Mindfulness*. O *Eu detestado* associou-se de forma estatisticamente significativa às dimensões *Isolamento* e *Sobreidentificação* (de forma positiva, com magnitude grande). Não se mostrou associado com o *Calor/Compreensão* e *Condição Humana*. O Autocrítica total associou-se de forma estatisticamente significativa à *Autocrítica*, *Sobreidentificação* e *Isolamento* (de forma positiva, com magnitude grande). Não se mostrou associado com as dimensões *Calor/Compreensão* e *Condição Humana*. O *Eu tranquilizador* associou-se de forma estatisticamente significativa ao *Calor/Compreensão*, *Condição Humana* e *Mindfulness* (de forma positiva, com magnitude elevada e moderada). Não se mostrou associado com o *Isolamento* e a *Sobreidentificação*.

Tabela 4
Correlações entre as dimensões da FSCRS e da SELFCS

	Calor- Comp	Auto crítica	Condição humana	Isolamento	Mindfulness	Sobreident
Eu inadequado	NS	0,572**	NS	0,492**	NS	0,532**
Eu detestado	NS	NS	NS	0,380**	-0,340**	0,369**
Autocrit total	NS	0,554**	NS	0,521**	NS	0,552**
Eu tranquilizador	0,656**	NS	0,402**	NS	0,484**	NS

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; NS = não significativo; SELFCS = *Self Compassion Scale*; FSCRS = *Forms of Self Criticism/Reassuring Scale*; *Calor-Comp* = Calor-Compreensão; *Sobreident* = Sobreidentificação.

Na Tabela 5 apresentamos as associações entre as dimensões do QCO e do FSCRS. É possível verificar que o *Comprometimento Afetivo* associou-se de forma estatisticamente significativa ao *Autocrítica total* (de forma positiva; magnitude pequena). Não se mostrou associado ao *Eu tranquilizador* e ao *Eu detestado*. O *Comprometimento Calculativo* associou-se de forma estatisticamente significativa ao *Eu detestado* (de forma positiva, com magnitude moderada). Não se mostrou associado ao *Eu tranquilizador*. Já o *Comprometimento Normativo* associou-se de forma estatisticamente significativa ao *Eu detestado* e *Autocrítica total* (de forma positiva, magnitude moderada e pequena). Não se mostrou associado o *Eu tranquilizador*.

Tabela 5
Correlações entre as dimensões da FSCRS e do QCO

	Afetivo	Calculativo	Normativo
Eu inadequado	NS	NS	NS
Eu detestado	NS	0,354**	0,354**
Autocrítica total	NS	NS	0,298*
Eu tranquilizador	NS	NS	NS

NS = não significativo; FSCRS = *Forms of Self Criticism/Reassuring Scale*; QCO = Questionário de Comprometimento Organizacional

Relativamente às associações entre as dimensões da SELFCS e do QCO, o *Comprometimento Normativo* associou-se de forma estatisticamente significativa ao *Mindfulness* ($r = -0,264$) (de forma negativa, magnitude pequena).

Através de correlações de Pearson testaram-se associações entre as dimensões dos três instrumentos principais (SELFCS, QCO e FSCRS) e as variáveis idade, meses de trabalho na instituição e horas de trabalho diário. Verificaram-se duas associações estatisticamente significativas: entre o *Comprometimento Normativo* e idade ($r = 0,291$; $p = 0,042$) e entre o *Comprometimento Afetivo* e meses de trabalho na instituição ($r = 0,292$; $p = 0,029$)

Os testes *t de Student* permitiram verificar não existir diferenças em todas as dimensões da SELFCS, QCO e FSCRS, conforme os cuidadores tivessem formação em deficiência mental ou não. Verificou-se o mesmo relativamente à formação em doença mental. Os profissionais/cuidadores formais com um familiar com deficiência mental a apresentarem um valor mais baixo no *Eu inadequado* ($M = 13,19$ vs. $M = 8,5$; $t = 3,154$; $p = 0,03$)

Na sequência das análises realizadas conduzimos diferentes análises de regressão múltipla (para o QCO Normativo, hierárquica) para avaliar a capacidade preditiva das variáveis que revelaram associações com o QCO Calculativo, Normativo e Afetivo (variáveis dependentes/VDs) precisamente para estas mesmas variáveis. Tivemos em considerações assunções essenciais para realizar as análises: tamanho da amostra, multicolinearidade, homocedasticidade, valores extremos e independência dos resíduos (Pallant, 2011).

Quanto ao QCO Calculativo (Tabela 6, na análise de regressão múltipla, introduzimos o *Eu detestado*. Quanto ao tamanho da amostra, o n necessário seria de 58 sujeitos, pelo que não cumprimos o pressuposto (Tabachnick, & Fidell, cit. in Pallant, p. 150, 2011), ainda que por um número muito reduzido de sujeitos. Mesmo assim, resolvemos realizar a análise para podermos, com a mesma, levantar, pelo menos, algumas hipóteses. Não se verificou a presença valores extremos. Não se verificou autocorrelação entre os

resíduos ($D-W = 2,021$). O *Eu detestado* explicou 10,6% da variância do QCO Calculativo, $F(2, 54) = 6,376$, $p = 0,015$, sendo preditor da VD/ ($\beta = 0,325$; $p = 0,015$)

Tabela 6

Regressão Múltipla predizendo o QCO Calculativo através da VI Eu detestado

Preditor	QCO Calculativo ΔR^2	β
Passo 1	0,106**	
Eu detestado		0,325**
Total R^2	0,106**	
$F(\text{modelo final})$	6,376**	

Notas: R^2 = Coeficiente de determinação. β = Beta. NS = não significativo. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,001$.

Quanto ao QCO Normativo (Tabela 7), na análise de regressão múltipla hierárquica, num primeiro bloco, introduzimos a idade e, num segundo bloco, o *Eu detestado*, Autocrítica total e *Mindfulness*. Quanto ao tamanho da amostra, o n necessário seria de 82 sujeitos. Não cumprimos o pressuposto (Tabachnick, e Fidell, cit. in Pallant, p. 150, 2011), ainda que por um número reduzido de sujeitos. Mesmo assim, resolvemos realizar a análise para podermos, com a mesma, levantar, pelo menos, algumas hipóteses. Verificamos multicolinearidade entre as variáveis independentes/VIS autocrítica total e *Eu detestado*. Excluímos o *Eu detestado*. Continuamos a não cumprir o pressuposto do tamanho da amostra. Não se verificou a presença valores extremos. Não se verificou autocorrelação entre os resíduos ($D-W = 1,566$). A idade explicou 8,1% da variância do QCO Normativo. Depois de introduzirmos no segundo bloco o Autocrítica total e o *Mindfulness*, a variância explicada pelo modelo foi de 22,4%, $F(3, 44) = 4,224$, $p = 0,010$. Estas VIs explicaram uma percentagem adicional da variância da VD de 14,3%, depois de controlar o primeiro bloco, mudança do $R^2 = 0,143$, mudança do $F(2, 44) = 4,040$, $p = 0,024$. Apenas a idade revelou tendência para ser preditor ($\beta = 0,343$; $p = 0,007$) da VD (QCO Normativo).

Tabela 7

Regressão Múltipla predizendo o QCO Normativo através das VIs idade, Autocrítica total e Mindfulness

Preditor	QCO Normativo ΔR^2	β
Passo 1	0,081**	
Idade		0,262 ($p = 0,058$)
Passo 2	0,224**	
Autocrítica total		0,247 (NS)
<i>Mindfulness</i>		-0,229 (NS)
Total R^2	0,305**	
$F(\text{modelo final})$	4,224**	

Notas: R^2 = Coeficiente de determinação. β = Beta. NS = não significativo. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,001$.

Quanto ao QCO Afetivo (Tabela 8), na análise de regressão múltipla introduzimos o tempo de trabalho na instituição. Quanto ao tamanho da amostra, o N necessário seria de 58 sujeitos, pelo que não cumprimos o pressuposto (Tabachnick, e Fidell, cit. in Pallant, p. 150, 2011), ainda que por um número muito reduzido de sujeitos. Mesmo assim, resolvemos realizar a análise para podermos, com a mesma, levantar, pelo menos, algumas hipóteses. Não se verificou a presença valores extremos. Não se verificou autocorrelação entre os resíduos ($D-W = 1,889$). O tempo de trabalho na instituição explicou 9,5% da variância do QCO Afetivo, $F(1, 54) = 5,669$, $p = 0,021$ e mostrou ser preditor da VD/QCO Afetivo ($\beta = 0,308$; $p = 0,021$) da VD.

Tabela 7

Regressão Múltipla predizendo o QCO Afetivo através da VI tempo de trabalho na instituição

Preditor	QCO Afetivo	
	ΔR^2	β
Passo 1	0,095**	
Tempo de trabalho na instituição		0,308**
Total R^2	0,095**	
$F(\text{modelo final})$	5,669**	

Notas: R^2 = Coeficiente de determinação. β = Beta. NS = não significativo. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,001$.

4. Discussão

Foram objetivos do presente estudo analisar os níveis de autocompaixão, autocriticismo e comprometimento organizacional (nas suas diferentes vertentes), numa amostra de profissionais/cuidadores formais em instituições que acolhem pessoas portadoras de doença/deficiência mental, explorar associações entre todas as variáveis (entre si e com diferentes variáveis sociodemográficas e profissionais) e os preditores do comprometimento organizacional nesta amostra.

Importa discutir, primeiramente, alguns dos dados mais descritivos da presente amostra. A maioria dos profissionais/cuidadores era do sexo feminino ($n = 49$; 85,2%). Esta característica (o facto da maioria dos cuidadores, sejam informais ou formais serem do sexo feminino) é consensual quer em estudos nacionais, quer internacionais (Góes e Carmo, 2014). É a própria Organização Mundial de Saúde (2011) que relata esta tendência para ser a mulher a cuidadora, nomeadamente na prestação de cuidados de saúde (primários) à família. O estudo de Martins (2012) que foi conduzido em instituições no nosso país, abarcando cuidadores formais de pessoas com deficiência mental apresentou um valor muito

aproximado do nosso (percentagem superior de cuidadores do sexo feminino: 83,3%). Apesar deste resultado ser próximo da realidade nacional (e internacional) impossibilitou as comparações, por sexo, das variáveis centrais do estudo (dimensões de autocrítica, autocompaixão e comprometimento organizacional). Quanto ao intervalo etário desta amostra de cuidadores, esta variou entre os 22 e 65 anos de idade (média de 45,21 anos de idade). Trata-se de uma idade média expressiva/considerável que pode indicar que estes profissionais trabalham já há alguns anos na mesma instituição (o que também é reforçado pelo número médio de meses de trabalho na instituição) o que pode ter influenciado os valores médios de todas as variáveis mas, em particular, de comprometimento organizacional (as posteriores análises de associações entre as variáveis vieram confirmar este aspeto). Num estudo com uma amostra semelhante, o autor (Caçote, 2013) verificou uma percentagem maior de cuidadores com idades mais elevadas (entre 44 e 56 anos; 40%), sendo inferior a percentagem de cuidadores mais novos ou ainda mais velhos (entre os 18 e 30 anos e com mais de 65 anos; 14,2%).

Verificou-se que os profissionais/cuidadores formais realizavam entre duas a nove horas de trabalho diário efetivo e que o tempo médio de trabalho na mesma instituição era de 15 anos. Estes dois indicadores são elevados e mais uma vez podem ter influenciado, como já referido (e como verificaremos, de novo, mais à frente), os níveis dos diferentes tipos de comprometimento. De facto, a idade foi já associada em alguns estudos ao comprometimento organizacional (Allen e Meyer, 1990), com os profissionais com mais idade a apresentarem, de uma forma geral, um nível maior de comprometimento, o que confirma os nossos resultados. De novo, esta associação com os níveis de comprometimento pode dever-se à eventual permanência prolongada (mais do que alguns anos) na instituição.

Apesar de uma percentagem elevada de profissionais/cuidadores formais possuir como grau de habilitação a Licenciatura, no que diz respeito à categoria profissional a maioria era monitor ou técnico. Dado o contato que a autora deste estudo teve com a realidade de uma das instituições onde foi realizada a recolha, são estes últimos profissionais/cuidadores (monitores/técnicos) que, de facto, estão em maior contato com os utentes (pessoas com doença/deficiência mental). Segundo a literatura, o grau de formação dos profissionais/cuidadores formais pode condicionar o seu comprometimento organizacional (Iverson e Buttigieg, 1999; Sikorska-Simmons, 2005), sendo que quanto menor esta for, menor será o comprometimento. Neste estudo não foram encontradas associações entre as várias dimensões de comprometimento e a existência de formação (nas

áreas da deficiência/doença mental), mas não se testaram associações com as habilitações literárias e escolaridade (dado o n reduzido das várias categorias), para nos podermos pronunciar mais a este nível. Ainda assim, como afirmado, as categorias profissionais mais representadas nesta amostra indicam menor grau de formação o que pode ter tido a sua influência, como já referido. Só estudos futuros, com uma amostra de maior dimensão podem ajudar a explorar este aspeto. Ainda relativamente à questão da formação, foi relativamente tranquilizador verificar que a maioria dos profissionais/cuidadores formais tinha formação em deficiência mental (86,2%) e em doença mental (65,5%). Observamos que, ainda assim, é maior a percentagem de profissionais/cuidadores formais com formação em deficiência mental. Ora, nas instituições onde foi feita a recolha para o presente estudo, a maioria dos utentes apresenta comorbilidade das duas condições (deficiência e doença mental), estando a doença mental praticamente sempre presente. Seria importante que a percentagem de profissionais que responderam positivamente a estas questões fosse superior, mesmo próximo dos 100%, dada importância do entendimento destas perturbações, no sentido de uma melhor prestação de cuidados/intervenção junto dos utentes. Claro que é de referir que a forma como foi avaliada a existência ou não de formação através de uma questão colocada pela autora (de forma dicotómica: sim/não) não permite esclarecer o grau de profundidade (preparação) que caracteriza a formação destes profissionais (particularmente atendendo à complexidade e variedade das patologias). De novo, num estudo futuro, poderia ser relevante explorar em maior detalhe esta variável.

Ao compararmos os valores médios dos *Eus* (da FSCRS) do nosso estudo com os valores médios de outro estudo (Castilho, 2011), e no que diz respeito à sua subamostra da população geral, pudemos observar que, no presente estudo, os valores obtidos para o *Eu inadequado* foram muito inferiores aos daquele estudo (cerca de dez valores) e que para o *Eu detestado* apesar do valor médio ser bastante mais aproximado ao encontrado pela autora, continuou a ser menor (nosso estudo, $M = 1,87$ versus $M = 1,98$). Já o *Eu tranquilizador* apresentou um valor médio superior ao daquele estudo (um valor acima; nosso estudo $M = 20,41$ versus $M = 19,35$). Comparando os valores médios dos *Eus* do nosso estudo com os valores médios de uma amostra clínica do referido estudo (Castilho, 2011), o valor obtido para o *Eu inadequado* foi bastante inferior ao do referido estudo ($M = 11,19$ versus $M = 23,08$). Quanto ao *Eu detestado* o nosso valor médio foi também inferior ($M = 1,87$ versus $M = 5,42$). No que diz respeito ao *Eu tranquilizador* observou-se o contrário, com a média do presente estudo a ser maior do que do estudo de Castilho (2011) ($M = 20,41$

versus $M = 13,52$). Todos estes resultados são tranquilizadores e eram esperados, uma vez que a comparação está a ser realizada com uma amostra clínica. Ainda relativamente à nossa amostra, foi também positivo verificar que o *Eu tranquilizador* foi a dimensão com a média mais elevada do instrumento e que o *Eu detestado* apresentou um valor médio muito mais baixo. Tal parece indicar que estes cuidadores formais conseguem, em momentos em que as “coisas” não correm tão bem, autotranquilizarem e não apresentam, tendencialmente, uma atitude autocrítica face à sua natureza humana (caracterizada por erros/falhas). Parecem possuir competências tranquilizadoras capazes de proteger o *Eu*.

Ao compararmos os valores médios obtidos nas dimensões da SELFCS com os valores, de novo, de Castilho (2011) (relativos à população geral) observamos que nas dimensões positivas da escala (*Calor/Compreensão; Condição Humana; Mindfulness*) os valores médios são mais elevados, mas que tal também acontece no que toca aos valores médios das dimensões negativas da escala (*Autocrítica; Isolamento; Sobreidentificação*) (diferença de mais de 10 valores). Ficamos bastante surpreendidos com estes dados, sobretudo no que toca às dimensões negativas e fomos analisar melhor os nossos dados e os da autora. Segundo pudemos apurar, a variação teórica possível de cada subescala da autocompaixão (e por isso também os valores médios) deveria ser muito maiores (isto atendendo à escala de cotação da escala) no estudo de Castilho (2011) do que aquela que pudemos verificar ser a apresentada naquele trabalho. Isso explica a discrepância dos resultados e impossibilita, a este nível, comparações mais aprofundadas. Acreditamos que o cálculo de variação teórica e de variação real no nosso estudo estão corretos, bem como os valores médios (de novo atendendo à descrição feita pelos autores da escala).

Comparámos os valores obtidos da QCO neste estudo com os valores apresentados noutro estudo (Fernandes, 2013) e observamos que na dimensão *Afetiva* o nosso valor médio se encontrava cerca de cinco valores acima do autor; na dimensão *Calculativa* era praticamente sobreponível e na dimensão *Normativa* situava-se cerca de dez valores acima da encontrada pelo autor. O estudo deste autor foi conduzido junto de uma amostra de agentes da Polícia de Segurança Pública, o que pode ajudar a explicar os seus resultados. Faz, portanto, sentido que pela natureza do trabalho destes agentes, que envolve menos contacto direto com a população e um contacto também completamente distinto (ainda que implicando a defesa do “outro”, não implica necessariamente o “cuidar” diretamente do outro, com todas as suas vicissitudes), que estes possam ter níveis menores de comprometimento afetivo e normativo (dizendo o primeiro respeito ao vínculo com a instituição e o segundo ao dever

moral/obrigação para com a instituição), precisamente devido à natureza diferente do contacto e tarefas envolvidas no trabalho diário. Foi importante verificar que foi precisamente na dimensão *Afetiva* que se verificou um valor médio mais elevado, pelo que parece que, pelo menos nesta amostra, os cuidadores estão comprometidos com as instituições porque estabeleceram vínculos com as mesmas, permanecendo nas mesmas porque querem.

Como seria de esperar, verificou-se que as dimensões *Eu inadequado* e *Eu detestado* (FSCRS) associaram-se negativamente com as dimensões *Autocrítica*, *Sobreidentificação* e *Isolamento* (SELFCS) e que a dimensão *Eu tranquilizador* (FSCRS) associou-se positivamente às dimensões *Calor/compreensão* e *Mindfulness* (SELFCS). Este padrão de relação entre as escalas de autocompaixão e autocrítica foi já relatado noutros trabalhos (Castilho, 2011; Fernandes, 2011) e é lógico atendendo a que a presença de níveis maiores de autocrítica dificultam a capacidade de ser autocompassiva consigo própria (e com os outros e vice-versa). O *Comprometimento afetivo* não mostrou estar associado significativamente com as outras variáveis do estudo. Já o *Comprometimento Calculativo* correlacionou-se positivamente com o *Eu detestado* (FSCRS). Esta associação também foi encontrada por Fernandes na amostra de agentes da PSP. É possível hipotetizar que esta associação pode dever-se ao facto de quando os profissionais permanecem na instituição por um sentimento de necessidade (neste caso financeira) e porque não existem outras alternativas, tal pode originar sentimentos de frustração, aumentando a probabilidade do profissional que tenha uma tendência para ser autocrítico, reagir com autocrítica, em situações delicadas do dia a dia pessoal e profissional. O *Comprometimento Normativo* correlacionou-se positivamente com as dimensões *Eu detestado* e *Autocrítica Total* e negativamente com a dimensão *Mindfulness*. Desta vez, não se verificou sobreposição com os resultados de Fernandes (2011), que não encontrou associações significativas com este comprometimento. É possível hipotetizar que, na nossa amostra, os funcionários que permanecem na instituição por um sentido de obrigação e dever moral (mais do que pelo vínculo real, associado ao comprometimento afetivo) possam, mais vez, experienciar sentimentos de frustração com alguns aspetos da instituição com os quais não concordam (que não podem deixar por uma questão de dever), o que pode originar níveis mais elevados de *autocrítica total* e de *Eu detestado*, bem como reduzir a sua capacidade de estar em contacto com os seus pensamentos, emoções e sensações e de lidar com as situações dolorosas com uma visão equilibrada (algo “oferecido” pelo *mindfulness*).

Quanto às associações encontradas no nosso estudo entre as variáveis centrais do estudo e as variáveis sociodemográficas idade e meses de trabalho na instituição, pode-se, de facto, hipotetizar que profissionais/cuidadores mais velhos apresentem níveis maiores de comprometimento normativo (o sentido de dever e obrigação para com a instituição), e que profissionais/cuidadores que trabalham há mais tempo na instituição (pelas relações estabelecidas com colegas e utentes) apresentem níveis mais elevados de comprometimento afetivo (sentindo o vínculo e tendo laços diversos na instituição, quer com o espaço, quer com as pessoas).

As análises preditivas reforçaram apenas o papel que, pelo menos para o comprometimento afetivo e normativo, os meses de trabalho na instituição e a idade, respetivamente, têm a predizê-los. Assim, apesar do autocrítica e a autocompaixão poderem ser variáveis importantes associadas ao comprometimento, não são as melhores preditoras do mesmo, parecendo “contar” muito mais o tempo e idade dos profissionais na sua permanência em instituições desta natureza (pelo menos na nossa amostra).

O nosso estudo apresentou limitações. Primeiramente, o tamanho da amostra (ainda que não sendo insuficiente) e o método de amostragem não probabilístico, por conveniência, não permite a generalização dos resultados para a população de cuidadores/profissionais de deficientes/doentes mentais no nosso país. Para além disso, não é possível afirmar, de forma absoluta, a direção da causalidade entre as variáveis, apesar de termos realizado análises preditivas, por tratar-se de um estudo transversal. Igualmente, não nos foi possível realizar mais comparações (e mais aprofundadas), devido à escassez de estudos e bibliografia (nacional e internacional) acerca dos correlatos psicológicos em cuidadores/profissionais de pessoas com deficiência/doença mental. Finalmente, não exploramos algumas variáveis importantes (eventuais correlatos) como a religião, o *coping* e outros constructos positivos como a fé, esperança, otimismo. Um estudo longitudinal (e numa amostra com maior dimensão e recolhida de forma probabilística) poderia, no futuro, assegurar uma avaliação mais detalhada das variáveis psicológicas destes profissionais.

5. Referências bibliográficas

- Allen, N.J., e Meyer, J.P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18.
- Aryee, S. (1991). Combating obsolescence: predictors of technical updating among engineers. *Journal of Engineering and technology Management*, 8, 103-119.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Edições.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Edições.
- Bennett-Levy, J. (2005). Therapist skills: a cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 57-78.
- Boellinghaus, I., Jones, F.W. e Hutton, J. (2012). The Role of Mindfulness and Loving-Kindness Meditation in Cultivating Self-Compassion and Other-Focused Concern in Health Care Professionals. *Mindfulness* (in press).
- Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocrítico e Autocompaixão*. Dissertação de doutoramento em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.
- Castilho, P., e Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da Versão Portuguesa da Escala de Auto-compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-229.
- Caçote, C. (2013). “*Vulnerabilidade ao Stresse Profissional e Qualidade de Vida no Trabalho*”. Dissertação de Mestrado em Psicologia Organizacional apresentada ao Instituto Superior de Línguas e Administração (ISLA). Leiria.
- Cohen, J. (1992). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dixon- Woods M., Bonas S., Booth A., Jones D., Young B., Sutton A., (2005). Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *Journal of Health Services Research and Policy* 10, 45-53.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., e Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48, 43-49.
- Fernandes H. M. S.S. (2013). Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre. *Comprometimento organizacional, autocrítico e autocompaixão na PSP*. Coimbra
- Foucault, M. (2011). *Doença Mental e Psicologia*. Lisboa: Texto & Grafia Edições.
- França, J. C. (2010). *Saúde mental e necessidades nos cuidadores de familiares com demência*. Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto.
- Gameiro, A. (1989). *Manual de Saúde Mental e Psicopatologia*. Porto: Edições Salesianas.
- Gilbert, P., Gilbert, J., e Irons, C. (2004). Life events, entrapments and arrested anger in depression. *Journal of Affective Disorders*, 79, 149-160. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00405-6
- Gilbert, P., Gilbert, J., e Sanghera, J. (2004). A focus group exploration of the impact of shame, subordination and entrapment on mental health and service use in South Asian women living in Derby. *Mental Health, Religion and Culture*, 7, 109-130. doi: 10.1080/13674670310001602418

Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: a biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9-74). New York: Routledge.

Gil-Monte, P.R. (2004). *Cuidando de quem cuida. Psicologia em estudo*, 9 (1), 137-138.

Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.

Gilbert, P. (2000a). *Overcoming depression: A self-guide using cognitive behavioral techniques* (Rev. Ed.). London: Robinsons.

Gilbert, P. (2000b). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.

Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security. In J. L. Tracy, R. W. Robins, e J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 283-309). New York: Guilford.

Gilbert, P., e Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). London: Routledge.

Goldstein J., Kornfield J., (1987). *Seeking the heart of wisdom*. Shambhala Publications, Inc. Boston- Massachusetts.

Góes, A. R. M., e Carmo, L. H. M., (2014). Cuidadores de portadores de transtorno mental: um foco de análise. *Serviço Social em Revista*, 7 (2).

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., e Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006

Hannigan, B., Edwards, D., e Burnard, P. (2004). Stress and stress management in clinical psychology: findings from a systematic review. *Journal of Mental Health*, 13, 235-245.

Iverson, R.D. e Buttigieg, D.M. (1999). Affective, normative, and continuance commitment: can the 'right kind' of commitment be managed? *Journal of Management Studies*, 36 (3), 307.

Instituto Nacional de Estatística (2002). Censos 2001: Análise da população com deficiência (Resultados Provisórios). Lisboa: Edição do Instituto Nacional de Estatística, Portugal.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing.

Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., e Quill, T.E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Journal of the American Medical Association*, 302, 1284–1293.

Kristof- Brown A., Zimmerman R. e Johnson E. (2005). *Personnel Psychology*, 58, 281-342.

Lee, D., Scragg, P., e Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 451-467. doi: 10.1348/000711201161109

Leech, N.L., Barrett, K.C., Morgan, G.A., Clay, J.N. e Quick, D. (2005). Multiple Regression. In N.L. Leech, K.C., Barrett, G.A. Morgan, J.N., Clay & D. Quick (Eds.), *SPSS for Intermediate Statistics: use and interpretation* (pp.122-141). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Leiter M.P. e Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9 (4), 297-308.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A...Tassé (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: AAMR.
- Martins, L. (2012). *Correlatos psicológicos em profissionais que trabalham com pessoas com deficiência mental*. Dissertação de mestrado do Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Martins, T., Pais-Ribeiro, J. e Garret, C. (2003). Estudo sobre a validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4, 131-148.
- Marchiori D. M., e Henkin A. B. (2004). Organizational commitment of a health profession faculty: Dimensions, correlates and conditions. *Medical Teacher*, 26 (4), 353-358. doi:10.1080/01421590410001683221.
- Masuchi, M., H. e Rocha, E., F. (2012). Cuidar de Pessoas com Deficiência: um estudo junto a cuidadores assistidos pela estratégia da saúde da família. *Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 23 (1), 89-97.
- Mazza, M.M.P.R. e Lefèvre, F. (2004). A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. *Saúde e Sociedade*, 13 (3), 68-77.
- Meyer, J.P., e Van den Berghe, C. (2004). Employee commitment and motivation: A conceptual analysis and integrative model. *Journal of applied Psychology*, 89 (6), 991-1007.
- Meyer, J.P., Stanley, D.J., Herscovich, L., e Topolnitsky, L., (2002). Affective, continuance and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates and consequences. *Journal of vocational Behavior*, 61, 20-52.
- Meyer, J. P., e Allen, N. J. (1997). *Commitment in the workplace: Theory, research, and application*. Thousand Oaks: Sage.
- Meyer, J.P., e Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89.
- Mrayyan, M.T e Al-Faouri, I. (2008). Nurses' career commitment and job performance: differences between intensive care units and wards. *Journal of Research in Nursing*, 13 (1), 38-51.
- Moore, P. (2008). Introducing mindfulness to clinical psychologists in training: an experiential course of brief exercises. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 331-337.
- Nascimento, J. L., Lopes, A., e Salgueiro, M. F. (2008). Estudo sobre a validação do modelo de comportamento organizacional de Meyer e Allen para o contexto português. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 14(1), 115-133.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. doi:10.1080/15298860390209035
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Mulheres e Saúde. Evidências de Hoje, Agendas de Amanhã*. Geneva: WHO.
- Pallant, J. (2011). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 18)*. Crows Nest: Allen & Unwin.
- Patel V. (2012). Global mental health: from science to action. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(1), 6-12.
- Pestana, M. H., e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5a Ed). Lisboa: Edições Silabo.
- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2011). Pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for trainee clinical psychologists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 235-241.

- Portal do cidadão com deficiência, (2014). Acedido em www.pcd.pt. 28-03-2014
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., e Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- Savery L., Syme P., (1996). *Organizational commitment and hospital pharmacists. Journal of management development*, 15, 14-22.
- Sikorska-Simmons, E. (2005). Predictors of Organizational Commitment among staff in assisted living. *The Gerontologist*, 45 (2), 196-205.
- Tabachnick, B.G. e Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics*, 5th Edition. Boston: Allyn and Bacon.
- Teasdale, J. D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., e Lau M.A., (2000). Prevenção de recaída / recorrência na depressão por terapia cognitiva baseada na atenção plena. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Vicente, D.O. (2012). Realidade enfrentada no trabalho pela pessoa portadora de transtorno mental. Acedido em Psicologia.pt. O Portal dos psicólogos.
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J.M., Magalhães e Caldas-de-Almeida, J.M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design, and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7, 19.
- Wittchen, H.U., e Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 357–376.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. e Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2004). *The World Health Report 2004. Changing History*. Geneva: WHO.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., e Powers, T. A. (1994). Self-criticism at age 12: A longitudinal study of adjustment. *Cognitive Therapy Research*, 18(4), 367-385. doi:10.1007/BF02357511
- Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S., e Côté, S. (1999). Dependency, self-criticism, interpersonal behavior and affect: Evolutionary perspectives. *British of Clinical Psychology*, 38, 231-250. doi: 10.1348/014466599162827

